

“Caracterización de una muestra de afiliados al régimen contributivo con relación a la práctica de la actividad física”

Patricia Granada Echeverry. MD
Magíster en Desarrollo Educativo y Social, y en Comunicación Educativa. Docente Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Tecnológica de Pereira.

José Carlos Giraldo Trujillo. MD.
Magíster en Fisiología. Especialista en Medicina del Deporte. Docente Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Tecnológica de Pereira.

Carlos Danilo Zapata Valencia.
Magíster en Administración del Desarrollo Humano y Organizacional. Profesional en Deporte y Actividad Física. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.

Clemencia Mejía González.
Fisioterapeuta. Coordinadora programa Actívate. INDER Pereira.

Estudio realizado en el marco del Proyecto “Promoción de la Actividad física para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles”, financiado por el Ministerio de la Protección Social y Colciencias.

Resumen:

El Proyecto Promoción de la Actividad Física para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en Risaralda promovido por Colciencias y el Ministerio de la Protección Social, comprendió la implementación de un modelo de movilización social sostenible que impactara la incidencia de estas patologías en la población risaraldense; para ello fue necesario su caracterización desde el nivel de práctica de Actividad Física (AF), y los conocimientos, actitudes, barreras culturales y ambientales al respecto. Con este propósito se evaluó una muestra estadística de 910 personas, afiliadas al régimen contributivo, con un rango de edad de 25-50 años (criterios de inclusión dados por el Ministerio de la Protección Social), utilizando el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) y el Cuestionario de Barreras, Actitudes y Conocimientos de Agita Sao Paulo. Los resultados obtenidos mostraron, en términos generales, que el 80% de la población se percibió en un nivel de actividad física adecuado, fundamentalmente por razones laborales no de salud, lo que hace que en la medida en que puedan tener acceso a medios de movilidad menos activos tienden a volverse sedentarios. La gran mayoría reconocen beneficios derivados de la AF, pero desconocen las recomendaciones internacionales de práctica mínima para su realización como factor de prevención de la enfermedad. La falta de tiempo y de autodisciplina fueron las barreras más importantes referidas para no hacerla cotidianamente. La mayoría se encuentra en actitud Contemplativa hacia la AF, es decir, tienen clara la importancia de ser activos pero no toman la decisión de cambiar o mantenerse activos concientemente para su salud. De acuerdo con estos aspectos el Modelo deberá hacer énfasis en la educación y la modificación de hábitos de vida mediante estrategias de comunicación que impacten las actitudes, conocimientos y barreras de la población referida.

Palabras clave: Actividad física, enfermedades crónicas no transmisibles, barreras culturales, IPAQ, régimen contributivo.

Recibido para publicación: 12-02-2006

Aceptado para publicación: 02-03-2007

Introducción

Las enfermedades crónicas han comenzado a ser entidades de importancia dentro de los perfiles epidemiológicos en algunos países, de acuerdo a los estados evolutivos alcanzados en el proceso de transición demográfica. Según los modelos explicativos de la transición epidemiológica propuesto por Omran, Colombia se ubica en el modelo de transición intermedio junto a la mayoría de los países latinoamericanos con ingreso medio o medio bajo, que enfrentan problemas de malnutrición y enfermedades transmisibles, un rápido incremento de las enfermedades crónicas y la expansión de las emergentes (Plan de Desarrollo Departamental, Risaralda 2001-2003).

El estudio nacional ENFREC II (1) mostró que el 52.7% de la población colombiana no realiza con regularidad actividad física tendiente a mantener o mejorar su condición física, cifra similar a la encontrada en el diagnóstico de la actividad física en el Departamento de Risaralda (51.7%), reportada en la investigación realizada entre Indeportes Risaralda y la Fundación Universitaria del Área Andina, en el transcurso de los años 2001-2002 (2).

Según el estudio ENFREC II, el sedentarismo con relación a la actividad física aeróbica, es mayor en mujeres que en hombres. Por otra parte, el porcentaje de adultos que realiza ejercicio aeróbico es inversamente proporcional a la edad y directamente proporcional al grado de escolaridad. Las personas afiliadas al régimen subsi-

diado y los no afiliados al Sistema General de Seguridad Social son las personas que tienen menos posibilidades de acceder y realizar actividad física (3).

En países desarrollados como en Estados Unidos la prevalencia de sedentarismo es del 60% (Casper, 1987); en la población de Sao Paulo el sedentarismo prevalece en el 69.3% (Rego y cols, 1990), mientras que en Colombia está alrededor del 57% (1). En países europeos la prevalencia es variable, pero un estimado puede mostrar un valor promedio del 57%, lo cual refleja una situación preocupante en términos de Salud Pública.

El sedentarismo ha sido reconocido como un factor prevalente de riesgo cardiovascular y otras enfermedades crónicas no transmisibles y el departamento de Risaralda no es ajeno a esta realidad que no solo es regional, sino nacional y también mundial. En esta medida Pereira se encuentra ante un aumento de la población adulta mayor, con un incremento paralelo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Algunos datos revelan que el sedentarismo afecta tanto a los países desarrollados como en vía de desarrollo comprometiendo, por ejemplo al 57% de la población europea, aproximadamente. En América, especialmente en América Latina los datos son menos claros, pues no se tienen levantamientos tan específicos, con metodologías similares o adecuadas. En Estados Unidos, aproximadamente uno de cada cuatro adultos reportó ser físicamente inactivo (24%); en países como Chile y Perú hay una variedad im-

portante en la inactividad física, de acuerdo con la edad cronológica, puesto que en la población peruana entre los 19 a 29 años se encontró un 78.1% de sedentarismo, mientras que en Chile fue del 89.5%, aumentando para un 84.2% y 93.2% respectivamente, entre los 30 a 44 años (4); los valores de prevalencia de inactividad física en mayores de 45 años son de un 92.3% en Perú y 95.6% en Chile. Para el caso peruano se tomó como criterio de inactividad física la realización de deportes, jogging o caminata, con frecuencia igual o menor a dos veces por mes, en tanto para Chile el criterio fue la realización de actividad física 30 minutos por lo menos dos veces por semana (4).

En Bogotá, según Gamez y cols (5), se encontró que en 1360 entrevistados a domicilio mayores de 18 años, éstos relataron ser regularmente activos en un 63% (actividad física de cualquier intensidad, 4 o más sesiones por semana y más de 30 minutos por sesión), el 33% eran irregularmente activos (cualquier intensidad y menos de 4 sesiones por semana) y 4% sedentarios.

De otro lado, los estudios científicos demuestran también que el estilo de vida es responsable por la mayor parte de los factores de riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares y cáncer; y cuando consideramos todas las causas de muerte juntas, el estilo de vida es responsable por el 51% del riesgo de muerte (6).

La hipertensión arterial (HTA) hace parte de las seis primeras

causas de consulta en nuestro medio, lo cual hace necesario fomentar desde edades muy tempranas las actividades de prevención primaria que ayuden a controlar sus factores de riesgo. En las mujeres mayores de 60 años, la HTA es la primera causa de consulta, mientras lo es en los hombres a partir de los 45 años. La violencia social está referenciada como una de las principales causas de mortalidad general en nuestra población, en tanto el Infarto agudo de miocardio (IAM) ocupa el segundo lugar de mortalidad, acompañado por la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) y el Accidente cerebro-vascular (ACV); estas últimas como complicaciones de la HTA, la cual también figura como causa de mortalidad. Es importante también destacar la Diabetes mellitus como causa de muerte en ambos géneros, llamando la atención sobre la necesidad de instaurar programas que permitan disminuir complicaciones y elevar la sobrevivencia de estos pacientes. En la mortalidad por causas agrupadas se puede decir que la mayor proporción de muertes es aportada por las enfermedades cardiovasculares con un 37,3% entre el total de muertes, seguidas por los tumores y la violencia con 16,2% y 14,6%, respectivamente.

Es de considerar que existe soporte científico a partir de estudios epidemiológicos y experimentales (7-15) que evidencian una relación positiva entre actividad física y disminución de la mortalidad, gracias a un efecto positivo del ejercicio sobre los riesgos de padecimiento de enfermedades car-

diovasculares, sobre el perfil de los lípidos plasmáticos, en la mantención de la densidad ósea, la prevención y reducción del dolor lumbar de origen mecánico y, mejores perspectivas en el control de enfermedades respiratorias crónicas e inmunológicas.

Si vemos la relación entre riesgo general y beneficios derivados de la actividad física, encontramos que una persona que pasa de sedentario a realizar actividades leves o moderadas, aumenta rápidamente los beneficios sin aumentar los riesgos. Lo mismo sucede cuando se realizan actividades moderadas por lo menos 30 minutos durante 5 días a la semana, alcanzando una mejor relación costo-beneficio. A partir de este punto, realizar ejercicios intensos, así sea solo 3 veces en la semana, puede por el contrario aumentar el riesgo de lesiones. Igual situación se da en el deporte competitivo, donde los beneficios para la salud poco aumentan mientras los riesgos crecen exponencialmente no sólo para micro sino para macro traumas. Entonces el individuo que deja de ser sedentario para ser un poco activo disminuye en un 40% el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, lo que demuestra que un pequeño cambio de comportamiento puede provocar una gran mejora en la salud y la calidad de vida.

Intervenciones basadas en actividad física, realizadas en poblaciones cautivas de trabajadores, han demostrado efectos benéficos a corto plazo, disminuyendo el tiempo de incapacidades entre

6-32%, reducción de costos en salud entre 20-55% e incremento de productividad entre el 2-52% (16).

Creemos que existe en el contexto cultural risaraldense un vacío de conocimiento sobre una cultura del autocuidado, de estilos de vida saludable, de la actividad física como factor preventivo, pues son muchos los mitos, creencias, rituales y prácticas, las que constituyen el universo simbólico y de significación de los actores de la salud, es decir, aquellos profesionales que intervienen en el desarrollo de las políticas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud y que en primera instancia influyen de manera determinante en la comunidad general que en última instancia asume las conductas.

En los procesos de salud todos los actores relacionados con la promoción, educación, tratamiento y rehabilitación, juegan un papel fundamental en la construcción y reproducción del universo simbólico y en el intercambio de significados que se dan en cada transacción comunicativa entre los profesionales de la salud y la comunidad que intervienen.

De acuerdo con lo anterior, caracterizar el nivel de actividad física, los aspectos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas frente a la actividad física así como las barreras que tiene la población vinculada al régimen contributivo, hombres y mujeres entre los 25 y 50 años de edad, permitirá interpretar y comprender el impacto que estas concepciones culturales representan en

las transformaciones deseadas al aplicar la actividad física como estrategia de salud.

Materiales y métodos

Población y muestra

La investigación se desarrolló buscando caracterizar tres grupos poblacionales (todos adscritos al régimen contributivo): población general, hombres y mujeres entre los 25 y 50 años de edad, profesionales de la salud, y autoridades territoriales del departamento de Risaralda. Los resultados relacionados con los dos últimos grupos mencionados fueron publicados [consultar *Rev Med Ris* 11 (1 y 2), 2005]; para efectos del presente artículo se presenta la caracterización de la población general para lo cual fue necesario determinar el número total de afiliados en los rangos mencionados, en aras de estimar la muestra estadística.

Ante la dificultad de obtener datos precisos de la población antes mencionada del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Departamento de Risaralda, se decidió utilizar un muestreo sistemático, por "estar menos expuesto al error del entrevistador" y "generalmente se extiende más uniformemente sobre la población"¹, buscando obtener mayor información y menor dificultad al momento de realizar el trabajo

de campo (recopilación de información), a partir de los totales poblacionales entregados por el DANE y de la distribución porcentual de la población por edades en cada Municipio del Departamento de Risaralda para el año 2002.

Tamaño de la muestra

Teniendo en cuenta las proyecciones realizadas por la Secretaría de Planeación Departamental de Risaralda, a partir de los datos del DANE, se calculó la población perteneciente al régimen contributivo. Para efectos de calcular el tamaño de muestra se asume un factor L_1 , el cual corresponde a la representación porcentual de la población perteneciente al régimen contributivo por municipio respecto a la población total del municipio (consideramos que en los rangos de edad establecidos en la investigación se encuentran gran parte de la población cotizante al régimen contributivo). De esta manera al aplicar el factor L_1 , se estarían descartando aquellos individuos que pertenecen a un régimen distinto al estudiado, ya sea régimen especial o subsidiado y aquellos que aun no cotizan. En la tabla 1 se observa que "la columna porcentaje" corresponde al factor L_1 , para aplicarlo a la población objeto estimada por municipio (tabla 2) y así obtener el tamaño de la muestra la cual fue de 910 personas (tabla 3), según la ecuación:

N = Afiliados al régimen contributivo en el Departamento de Risaralda (N= 145.897).

P = Porcentaje de risaraldenses físicamente activos (P= 29%²)

B = Límite para el error de estimación (B= 3%)

$$n = \frac{Np(1-p)}{(N-1)D + p(1-p)} \quad \text{donde:} \quad D = \frac{B^2}{4}$$

¹ Scheaffer; Mendenhall; Ott. Elementos de Muestreo. Mexico, 1987.

² MEJIA, Clemencia. Manual de actividad física para el Departamento de Risaralda. Pereira, Fondo Editorial Gobernación del Risaralda, p.10.

Tabla 1. Población según afiliación al SGSSS-2002; Departamento de Risaralda.

	Población DANE 2002	Población Contributivo	Porcentaje (Li)
APIA	17501	1.670	10
BALBOA	7372	708	10
BELÉN DE UMBRIA	32569	3.812	12
DOSQUEBRADAS	181738	72.744	40
GUÁTICA	17757	837	5
LA CELIA	11228	609	5
LA VIRGINIA	33561	10.713	32
MARSELLA	22348	3.125	14
MISTRATO	19115	828	4
PEREIRA	488839	265.158	54
PUEBLO RICO	14960	580	4
QUINCHÍA	40270	1.961	5
SANTA ROSA DE CABAL	73855	23.259	31
SANTUARIO	15851	3.675	23
TOTAL GENERAL	976964	389679	39,89

Fuente. DANE-Proyección Censo 1993
Contributivo-Informe Supersalud población compensada EPS-sep 2001

Como la muestra en los municipios de Balboa, Guática, La Celia, Mistrató y Pueblo Rico resultó ser muy pequeña, se decidió agrupar el número de encuestas en los dos municipios con mayor población afiliada al régimen contributivo, de tal forma que Balboa y Guática quedaron con 4 y 3 encuestas respectivamente.

Para la recolección de la información, se establecieron puntos estratégicos en las cabeceras municipales. Estos sitios se determinaron teniendo en cuenta las diferentes actividades económicas y sociales que agrupan el mayor número de personas con las características de interés. Allí, se seleccionó un individuo que transitara por los diferentes puntos de acopio al que se le aplicaban las encuestas, y una vez finalizado el procedimiento se seleccionaba otro; de esta forma el tiempo promedio requerido para el diligenciamiento de la encuesta (40 minutos), era un tiempo en el cual habían transitado probablemente un buen número de personas.

Tabla 2. Población estimada, régimen contributivo entre 25 - 50 años. Risaralda, 2002

	Población 25-50 años	Factor Li	Población Contributivo
APIA	6.032	10	576
BALBOA	2.522	10	242
BELÉN DE UMBRIA	11.096	12	1.299
DOSQUEBRADAS	68.099	40	27.258
GUÁTICA	5.877	5	277
LA CELIA	3.913	5	212
LA VIRGINIA	11.519	32	3.677
MARSELLA	8.026	14	1.122
MISTRATO	5.476	4	237
PEREIRA	185.522	54	100.632
PUEBLO RICO	4.372	4	170
QUINCHÍA	12.841	5	625
SANTA ROSA DE CABAL	26.368	31	8.304
SANTUARIO	5.462	23	1.266
TOTAL GENERAL	357.125	-----	145.375

A partir de estudios previos de mercadeo realizados en la región por Didier Salazar, se establecieron los sitios para la recolección de la información, de manera que independientemente del comportamiento de las variables (sea esta una distribución normal o no), se podía esperar una confiabilidad en los resultados en por lo menos un 75%.

Tabla 3. Distribución muestral por municipios de la población adscrita al régimen contributivo; Pereira, Diciembre 2003.

Municipios	Número de personas	Porcentaje
Apia	4	0,4
Balboa	3	0,3
Belén de Umbría	8	0,9
Dosquebradas	195	21,4
Guática	4	0,4
Marsella	7	0,8
Pereira	603	66,3
Quinchía	4	0,4
Santuario	8	0,9
Santa Rosa	51	5,6
La Virginia	23	2,5
Total	910	100,0

Los sitios definidos para la recolección de la información en los diferentes municipios del Departamento fueron:

- a) **En Pereira:** Centro Comercial Alcides Arévalo (Sector Financiero), Parque Uribe Uribe (Sector servicios), Super-tienda Olimpica Av 30 de Agosto (Sector comercial), Comfamiliar Circunvalar (Sector comercial, servicios), Coodegar (Sector agropecuario), Gobernación de Risaralda (Sector público), Centro Comercial la 14 (Sector comercial), Centro Comercial Pererira Plaza (Sector comercial), Parque principal de Cuba (Sector comercial, financiero, servicios), Alcaldía Municipal (Sector público, servicios), Terminal de Transportes, Parque Industrial, Kennedy (Hospital y alrededores).
- b) **En Dosquebradas:** Mercamás, Hospital Santa Mónica, Centro Administrativo (CAM), Supertienda Olímpica, Paños Omnes.
- c) **En el resto de los municipios:** Plazas de mercado, Centros administrativos, Parque principal.

Procedimiento

Para cumplir con el objetivo del trabajo se determinó inicialmente el número de entidades que atienden el régimen contributivo y los beneficiarios con edades entre los 25 y 50 años de edad. Posteriormente se diseñaron los instrumentos a aplicar: el IPAQ y Conocimientos, barreras y actitudes de Agita Sao Paulo, adecuándolos de tal forma que permitiera cumplir los objetivos trazados.

Para el desarrollo del trabajo de campo se convocaron estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y otros profesionales del área de la salud y la actividad física, quienes fueron los responsables directos en la recolección de la información. Una vez seleccionados fueron distribuidos en puntos estratégicos de los 14 municipios de Risaralda. Este proceso se realizó durante tres semanas y en él los encuestadores interrogaron personas al azar, asumiendo como criterio para proceder en la aplicación de las encuestas, la edad y el tipo de vinculación. Un Coordinador de Campo recibía las encuestas diligenciadas y realizaba un control y verificación de la información obtenida por los encuestadores, con el fin de realizar los correctivos necesarios. La verificación de la información se realizó escogiendo aleatoriamente algunas encuestas y comprobando su veracidad por vía telefónica. En total, se recolectaron y aprobaron 910 encuestas cuya información constituyó la base de datos.

Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos en EPI INFO versión 6.0 y se capacitó a un digitador para la captura de los mismos en el sistema. Una vez digitados la totalidad de los registros se revisó su calidad y se recategorizaron las variables según el plan de análisis. Para la organización y sistematización de la información, los datos se importaron de Epi info a SPSS para crear las tablas con las pruebas estadísticas respectivas.

Resultados

A) Características generales:

El 66.3% de las encuestas fueron tomadas en el Municipio de Pereira, el 21.4% en el municipio de Dosquebradas, mientras el 12.3% correspondió al resto de los municipios del Departamento de Risaralda. Las EPS que presentaron mayor frecuencia en este proceso fueron, en su orden, SaludCoop (28.2%), ISS (17.3%), Coomeva (11.2%), SOS Comfamiliar (9.8%), Cafesalud (9.5%), y Salud Total (8.6%). El 80.9% de la población correspondió a trabajadores remunerados, de los cuales el 56.5% correspondía al género femenino y el 43.5% al género masculino. La franja poblacional investigada refirió el siguiente nivel de escolaridad: el 36.4% Bachiller, seguida de un 27.8% en el nivel Universitario y el 22.4% con básica primaria; además el 37.0% de la población encuestada estudió entre 9 y 12 años y un 29% entre 13 y 16 años.

Un 90.7% manifestó tener una salud entre buena y excelente y sólo el 7.8% manifestó tener una salud entre regular o mala. El 62% se encuentran laborando en la empresa privada frente a un 16.8% perteneciente a Instituciones públicas.

Con relación al promedio de edad el porcentaje más alto de la población se encontraba en el rango entre 25 y 30 años, correspondiendo a un 29.7%; adicionalmente el 39.8% de las personas trabajan entre 5 y 8 horas diarias y el 32.0% lo hacen entre 9 y 12 horas diarias.

B) IPAQ - Nivel de Actividad Física

B.1 Características de la actividad física: el 17.5% de las personas que refirieron realizar Actividad Física Vigorosa (AFV) de por lo menos 10 minutos continuos/día lo hacen entre 2 y 3 días, el 13.2% lo hace sólo 1 día, mientras que el 51.3% no realiza AFV. En los días en que las personas encuestadas realizan AFV de por lo menos 10 minutos continuos, el 27.4% lo hace 61 minutos o más, entre 30 y 60 minutos el 17.9% y menos de 30 minutos el 3.4%.

El 32.3% de las personas que refirieron realizar Actividad Física Moderada (AFM) de por lo menos 10 minutos continuos/día lo hacen 7 días, el 29.1% lo realizan entre 2 y 3 días y el 10.5% un solo día, mientras que el 20% no realizan AFM de por lo menos 10 minutos continuos/día. En los días en que las personas encuestadas realizan AFM de por lo menos 10 minutos continuos, el 45.4% lo hace más

de 60 minutos, entre 30 y 60 minutos el 27.5%, y entre 10 y 29 minutos el 6.7%.

El 47.4% de la población camina por lo menos 10 minutos continuos/día durante 7 días, seguido por un 21.7% que lo hacen entre 5 y 6 días, un 10.9% entre 1 y 2 días, un 7.9% 3 días y un 10.0% no lo hace. El 34% de los encuestados refieren caminar diariamente entre 30 y 60 minutos, el 32.4% 61 o más minutos, y el 22.7% menos de 30 minutos. El 65.3% caminan a una intensidad moderada, mientras el 21.5% lo hace vigorosamente y solo el 12.6% en forma lenta.

El 52.9% de las personas permanecen sentadas en un día normal de la semana entre 1 y 4 horas y el 42.2% permanece sentada más de 4 horas; en cambio en un fin de semana el 48.1% de la población encuestada permanece sentada entre 1 y 4 horas y el 47.5% más de 4 horas.

El 16.2% de la población encuestada ha escuchado hablar del programa Risaralda Activa (encontrándose el 98% de estos en los niveles de comportamiento activo y contemplativo); mientras que el 48.4% no saben, no conocen o no recuerdan el mensaje del programa Risaralda Activa, aunque el 8.2% lo relaciona con los 30 minutos de actividad física diaria.

B2. Adecuación y niveles de comportamiento (actitud) de los afiliados al régimen contributivo frente a la actividad física para la salud.

Para determinar el nivel de adecuación de la Actividad Física

para la Salud, se utilizaron los siguientes criterios, con base en el consenso internacional del CDC Atlanta, Agita Mundo y Agita Sao Paulo:

- Adecuado: cumple con la recomendación de realización de AF Moderada mayor o igual a 5 días/semana y mayor o igual a 30 minutos/día.
- Inadecuado: aquel que no cumple con uno o ninguno de los criterios de recomendación.

De la población general estudiada, el 80% mostró un nivel de actividad física adecuado, mientras el otro 20% era inadecuado (tabla 4). De las personas que realizaban AFV, el 87.4% la realizan de manera inadecuada; adicionalmente los que realizaban actividad física en intensidad moderada de forma inadecuada correspondieron al 57.4% (según el criterio mencionado anteriormente), en tanto que de las personas que caminan, el 51.6% lo hacen de manera adecuada.

De acuerdo con la clasificación de Project PACE del CDC (1991), los niveles de comportamiento en la actividad física, se clasifican así:

- **Precontemplativo:** no tiene interés por la actividad física (sin intención de cambiar).
- **Contemplativo:** Considerando seriamente en cambiar, pero aún no es activo.
- **Activo:** actualmente involucrado con la actividad física.

En Risaralda, el 62.3% de la población del régimen contributivo entre 25 y 50 años encuestada se encuentra en el nivel contemplativo, mientras el 31.1% se encuentran en el nivel activo. Es importante resaltar el bajo porcentaje (6.6%) encontrado en el nivel precontemplativo.

Tabla 4. Nivel de adecuación de la AF en población general ARC. Pereira, 2003.

Nivel de Adecuación	Numero de personas	%	Nivel de actividad física	Numero de personas	%
Adecuado	725	80	Muy Activo	196	22
			Activo	529	58
			Irregularmente Activo_A	15	2
Inadecuado	185	20	Irregularmente Activo_B	145	16
			Sedentario	25	3
			Total	910	100

Con el fin de identificar otros aspectos que no son observables en los análisis univariados, se realizaron una serie de análisis cruzados que permitieron observar los niveles de actividad física con relación a características como edad, sexo, actitud, conocimientos, barreras ambientales, culturales, entre otras. Se encontró una correlación significativa entre nivel de adecuación física y la actitud ($p < 0.05$). De acuerdo con el resultado, tener una actitud activa aumenta la probabilidad de tener

prácticas adecuadas de actividad física (tabla 5), mientras el nivel precontemplativo conlleva a una práctica inadecuada de la actividad física. Además se encontró un porcentaje importante de hombres y mujeres con niveles adecuados de actividad física (55.3%, 44.7% respectivamente), pero no hubo correlación alguna entre estas dos variables.

Se encontró una dependencia entre las variables sexo y actitud ($p < 0.05$). Las mujeres tienden a una actitud precontemplativa y contemplativa, mientras que los hombres tienden hacia una actitud más activa.

En general, el rango de edad de 25 a 34 años presentó la mayor proporción de población en los niveles adecuados e inadecuados (48% y 50.8% respectivamente), seguido por el rango de 35-44 años (33.5% y 30.8% respectivamente); aunque no hubo evidencia estadística para afirmar que la edad y el nivel de adecuación fueran dependientes. Igualmente, en este último grupo etéreo se encontró la mayor proporción de personas con actitud activa, contemplativa y precontemplativa; además se pudo apreciar que el nivel de actitud observado con mayor frecuencia en los diferentes grupos fue el contemplativo, pese a no existir evidencia suficiente para afirmar una posible relación de dependencia entre edad y actitud frente a la actividad física ($p > 0.05$).

Tabla 5. Nivel de adecuación vs Actitud en población general ARC, Pereira 2003.

		Actitud frente a la actividad física			Total	
		Activo	Contemplativo	Precontemplativo		
Nivel de Adecua- ción	Adecuado	Recuento	256	430	39	725
		% de adecuación	35,3	59,3	5,4	100,0
		% de actitud	90,5	75,8	65,0	79,7
		% del total	28,1	47,3	4,3	79,7
	Inadecuado	Recuento	27	137	21	185
		% de adecuación	14,6	74,1	11,4	100,0
		% de actitud	9,5	24,2	35,0	20,3
		% del total	3,0	15,1	2,3	20,3
Total	Recuento	283	567	60	910	
	% de adecuación	31,1	62,3	6,6	100,0	
	% de actitud	100,0	100,0	100,0	100,0	
	% del total	31,1	62,3	6,6	100,0	

ARC: Afiliada al Régimen Contributivo

B3. Barreras ambientales para la práctica de la actividad física.

La mayor parte de la población encuestada (91.2%) habita en casas; el 90% está totalmente de acuerdo en que puede ir caminando fácilmente a las tiendas del barrio, mientras que el 91.5% lo puede hacer de la misma forma al paradero de transporte público.

El 39% (n=355) mencionaron que existen muchas intersecciones viales donde habitan, mientras que el 23% considera que no existen. Del primer grupo mencionado, 145 de ellas (40.8%) manifestaron además que no ven muchas personas realizando ejercicio físico. Por el contrario, de las 209 personas (23%) que manifestaron que donde viven hay pocas intersecciones viales, 112 (53.6%) refirieron además que ven poca gente haciendo actividad física en la calle. Lo anterior plantea que independiente de la existencia o no de muchas intersecciones viales, la mayor parte de las personas que respondieron este cuestionario observan a pocas personas haciendo ejercicio físico.

Para el 57.6% (n=524) de la población encuestada, en el lugar donde viven no existe infraestructura para caminar o ir en bicicleta; el 43.7% considera que no existe tráfico que dificulte caminar por las calles, y para el 44.8% no es peligroso caminar o pasear por el barrio donde habitan. Con relación a los primeros, el 50.2% (n=263) manifestaron adicionalmente que no ven mucha gente haciendo ejercicio físico y el 57.1% (n=299) refirieron que no hay muchos espacios públicos para recrearse.

El 57% de la muestra dice no ver muchas personas haciendo ejercicio en el barrio; el 60% refirieron no ver cosas interesantes mientras caminan y el 63% contestaron que en su barrio no hay muchos espacios públicos como

parques, caminos para pasear, carriles para bicicletas y piscinas públicas.

B4. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la actividad física.

B4.1 Creencias

Valoración de hábitos saludables por la población del régimen contributivo de Risaralda. Para el 74.2% de la población encuestada la actividad física ocupa el tercer lugar en orden de importancia entre los hábitos de vida saludables, siendo el sueño el hábito más valorado por el 89.6% de ellos, seguido en segundo lugar por "evitar fumar" (83,1%).

Tipo de actividad física recomendada por las personas para mejorar la salud. La mayor parte recomienda el deporte para mejorar la salud (69,7%), seguido por la caminata (58.0%); sólo el 18% recomienda otras actividades, entre las que se destacan la sugerencia de asistir al gimnasio (9,7%).

Nivel de conocimientos sobre las características de actividad física para la salud. La tercera parte (35.5%) de los encuestados cree que las personas deben hacer ejercicio en forma activa 3 días por semana para tener buena salud, porcentaje similar para quienes creen que lo recomendado es 7 días. La tercera parte restante distribuye sus creencias en recomendaciones de 1 (3.8%), 2 (10%), 4 (7.1%), 5 (6%) y 6 días (3.3%) de actividad física necesaria para tener una buena salud.

Teniendo en cuenta la recomendación adecuada de "días por sema-

na" según el Centro de estudios del Laboratorio de Aptitud Física de Sao Caetano do Sul (Celafigs, Brasil) y el CDC de Atlanta, podemos clasificar las respuestas de la siguiente manera: el 43.6% de la población nos da una respuesta adecuada sobre el número de días a la semana que se debe hacer ejercicio para tener una buena salud (entre 5 y 7 días) y el 56.4% dan una respuesta inadecuada frente a esta recomendación.

Al cruzar las variables "creencia de número de días recomendado de actividad física semanal para la salud" vs "la edad", se encuentra que la mayoría de los jóvenes entre 25 y 29 años recomiendan una frecuencia de 3 veces a la semana, mientras que las personas entre 45 y 50 años recomiendan que se haga todos los días.

Conocimiento sobre tiempo de duración recomendado en minutos para cada sesión de actividad física: Un alto porcentaje (41.1%) cree que en cada uno de los días en que alguien hace actividad física para su salud, cada sesión debe durar 60 minutos; sólo el 28.8% conocen la recomendación de 30 minutos de actividad física para la salud.

Teniendo en cuenta la recomendación de Celafigs sobre la duración de la actividad física diaria para tener una buena salud, se encuentra que el 94% tuvo una respuesta adecuada (30 minutos o más por sesión).

Conocimiento sobre número recomendado de sesiones por día de actividad física para la salud. La mayoría de los encuestados (73.8%) dio una respuesta inadecuada en cuanto a la distribución

de la sesión de actividad física diaria para la salud. De éstos, el 61.6% refiere que el ejercicio debe hacerse en una sola sesión durante el día, 8.3% no lo considera de importancia y 3.7% no sabe o no responde. Solo el 26.2% afirma que se puede dividir en períodos cortos durante el día, lo cual corresponde a una respuesta adecuada a los lineamientos de Celafigs-CDC.

Conocimiento sobre intensidad recomendada de la actividad física para la salud. El 44.3% de la población dio una respuesta inadecuada en cuanto a la intensidad recomendada del ejercicio; de éstos el 37% de la población coincide con la afirmación de que "el ejercicio no debe hacer respirar a la persona en forma más difícil de lo normal", y 7.3% cree que el ejercicio debe ser intenso o vigoroso.

El 43.7% por otro lado tiene una respuesta adecuada a las recomendaciones Celafigs-CDC al considerar que "la intensidad del ejercicio debe hacer que la persona se sienta ligeramente caliente y respirando con más dificultad de lo normal".

B4.2 Actitudes frente a la práctica de la actividad física para la salud: Casi todos los encuestados consideraron que una caminata diaria es buena para la salud (98.3%), así como pedalear o caminar en lugar de usar el carro (97,3%), practicar un deporte o hacer ejercicio (60.5%); actividades que se contemplan como una forma agradable de mantenerse activo (93.6%), considerándose estas respuestas como adecua-

das. El 61.4% refiere que "el estar incómodo" es la única cosa que los hace pensar en que no vale la pena intentar mantenerse activo todo el día.

Importancia atribuida a la percepción de beneficios derivados de la práctica de Actividad Física. Un gran porcentaje identificó, en primer lugar como beneficio derivado de la actividad física, el mejorar o mantener la salud (82.2%), en segundo lugar el sentirse físicamente en buena forma (74.3%); la relajación ocupó el tercero (59.7%), controlar o perder peso y la buena apariencia ocuparon el cuarto (58.5%) y quinto lugar respectivamente. Aproximadamente el 50% identificaron como beneficio generar alegría, tener la mente abierta y aprender; menos del 50% consideraron como beneficio la realización personal, salir a otros espacios y adquirir niveles mayores de independencia. Un bajo porcentaje encontraron como beneficio la aventura (24.9%) y socializar (33.7%). De éstos últimos, los que más beneficio le atribuyen a la actividad física como aventura son los jóvenes (25-29 años), en relación con los demás grupos de edad.

B4.3 Barreras culturales que impiden la práctica de la actividad física para la salud. Los encuestados identificaron como principales barreras en primer lugar la falta de tiempo (40,4%), en segundo lugar la falta de autodisciplina (32.4%), en tercer lugar la necesidad de descanso pasivo (23%) y, la falta de compañía (15.9%) en el cuarto lugar.

Realizando un análisis cruzado de la variable "actitud frente a la actividad física" con relación a cada uno de los ítems correspondientes de la variable "barreras culturales", se pudo probar estadísticamente que no existe evidencia suficiente para afirmar que los ítems correspondientes a "Sentir preocupación en relación a mi aspecto cuando hago ejercicio"; "falta de energía"; "falta de clima adecuado"; "falta de buena salud" y el "miedo de una lesión", dependan de la "actitud frente a la actividad física" ($p > 0.05$).

Por otro lado, es importante resaltar que la "falta de interés en el ejercicio", "falta de auto-disciplina", "falta de tiempo", "falta de compañía", "falta de diversión", "desánimo", "falta de equipo", "falta de habilidad", "falta de conocimiento en como hacer ejercicio", "quejas y dolores", "lesión o incapacidad", y la "necesidad de reposar y relajarse en el tiempo libre", son ítems que de una u otra forma presentaron dependencia con la variable "actitud frente a la actividad física" (valores de $p < 0.05$).

Estas diferencias se observaron en forma marcada en aquellos individuos que se encuentran en niveles de actitud contemplativo y precontemplativo, pesando mucho más en estos últimos.

Percepción de salud según nivel de comportamiento frente a la práctica de actividad física para la salud. Entre quienes no pensaban practicar Actividad Física, se encontró que el 6.2% percibían su condición de salud como buena, el 4.7% como excelente, el 8%

muy buena y el 9% como regular; en cambio quienes pensaban o les gustaría practicar Actividad Física pero no se decidían, se encontró que el 45.5% percibían su condición de salud como buena, el 30.8% excelente, el 75% mala, el 33.7% muy buena y el 46.3% como regular.

Entre el grupo de personas en etapa precontemplativa predominó la percepción de tener una salud "muy buena" con el 40%; entre los sujetos ubicados en la etapa contemplativa predominó la percepción de que su salud es "buena" (42.1%), y dentro de los Activos se encontró una proporción similar entre una percepción de salud buena y muy buena con el 33,6% cada uno.

La población más positiva con respecto a la percepción de su salud fue la población activa con el 24,4%, en segundo lugar la contemplativa con el 16,2% y en tercer lugar la población precontemplativa con el 13,3%.

Análisis y Discusión

Si bien es cierto hubo un importante porcentaje de la población del régimen contributivo entre 25 y 50 años que dicen realizar actividad física y que fueron clasificados dentro del nivel adecuado (80%), el 87.4% de los que realizan AFV y el 57.4% de los que hacen AFM, lo hacen de forma inadecuada; es decir, no alcanzan a cumplir con los criterios recomendados a nivel internacional ya sea en tiempo y/o frecuencia. Además, la mayoría de la población encuestada (62.3%) se encuentra en un nivel de comportamiento con-

templativo, lo que significa que en el Departamento de Risaralda existe un nivel de sensibilización aceptable para los programas de promoción de la actividad física para la salud.

Dicho nivel de adecuación contrasta con valores arrojados al analizar los niveles de intensidad, puesto que por el formato de las preguntas la suma de todos los tiempos reportados por las personas en todos los niveles de intensidad, arrojaron una cifra ≥ 30 min/día durante 5 ó más días ó mayor a 150 min/semana. Al discriminar sólo por niveles de intensidad, las personas no cumplen con los parámetros de adecuación previstos por las recomendaciones internacionales (Celafiscs, CDC-Atlanta, Agita mundo). Para nuestro grupo de trabajo es claro que como esta población pertenece al régimen contributivo, la mayoría son empleados remunerados (80.9%) de empresas privadas y públicas, los cuales por sus oficios se ven obligados a caminar y permanecer activos gran parte del día, pero no son concientes que la actividad que realizan es por su salud sino que su trabajo les obliga a moverse o desplazarse. Lo anterior se ve reflejado en el nivel de comportamiento contemplativo mostrado por el 62.3% de ellos; de allí, que tengan más tendencia a una práctica inadecuada lo cual se ve reflejado en el análisis bivariado, pese a no encontrarse relación alguna con respecto a la edad.

Algunos de los argumentos conocidos para no realizar actividad física por parte de las personas,

hacen relación con una infraestructura inadecuada en el barrio (ausencia de parques o ciclovías), presencia de muchos cruces viales o problemas de seguridad, entre otros. El presente estudio pudo constatar que de las personas que mencionaron que en su barrio no existe infraestructura adecuada para realizar AF, adicionalmente manifestaron ver pocas personas caminando; respuesta similar para los que afirmaron que en el barrio existen muchas intersecciones viales. Lo anterior sugiere que tanto las intersecciones viales como la escasa infraestructura no motivan la gente a caminar.

En general, la mayoría de las personas recomiendan la caminata, un deporte u otras actividades físicas para mejorar la salud, de lo que se infiere que ellos perciben beneficios de dichas actividades, lo cual es muy importante en el proceso de adquisición de un hábito saludable, sea en un modelo cognoscitivo, que le da mucha importancia al conocimiento sobre el hábito o en un modelo transaccional como en el que se basa esta investigación donde la primera de tres etapas para adquirir el hábito tiene este mismo componente. Pese a lo anterior, el 56.4% no tiene claro el número de días a la semana recomendados para realizar una AF adecuada, solo el 28.8% conocen la recomendación de los 30 minutos, el 26.2% conoce el número de sesiones por día recomendado, y el 44.3% desconoce la intensidad recomendada. Se hace entonces aconsejable continuar fortaleciendo las estrategias planteadas por el programa

Risaralda Activa, robustecer la estrategia comunicacional de por lo menos 30 minutos de actividad física diaria, dando a conocer a la comunidad la importancia que trae para la salud el adquirir un estilo de vida activo y educando acerca de las recomendaciones en cuanto a intensidad, frecuencia semanal y número de sesiones por día.

Las dos barreras culturales más importantes señaladas por la población estudiada fueron la falta de tiempo (40.4%) y la falta de autodisciplina (32.4%). Por lo anterior se recomienda que los programas de promoción de la Actividad Física no se centren solo en enseñar que este hábito es importante sino que se ocupen de estimular y motivar a las personas para pasar a la acción.

Las recomendaciones sobre actividad física incluyen formas de movimiento que pueden ser realizadas en casa, en el trabajo y en el tiempo libre, estimulando siempre a las personas a evitar las actividades sedentarias y conseguir ser más activos en el día a día. De esta manera las actividades físicas que pueden ser incluidas en la rutina de las personas son aquellas a intensidades moderadas como subir y bajar escaleras, sacar a pasear el perro, hacer jardinería, lavar el carro o caminar hasta el trabajo, empujar el carrito en el mercado, disminuir el uso de la moto o del carro, entre otras. Sin embargo, también se recomiendan actividades más enérgicas como caminar a paso rápido, bailar, andar en bi-

cicleta, correr o nadar (17). Para las actividades mencionadas, se enfatiza que deben ser realizadas en la rutina diaria y por lo tanto deberán ser consideradas como posibilidad de ser activo ya sea en la casa, en el trabajo o en uso del tiempo libre. Lo anterior se propone gracias a que muchas de las investigaciones científicas han mostrado correlación entre el gasto energético derivado de actividades físicas moderadas como caminar y el obtenido en actividades como barrer, aspirar, cortar el pasto o limpiar vidrios (18).

Conclusiones y Recomendaciones

En Risaralda, el 79.6% de la población encuestada, afiliada al régimen contributivo, está en el nivel de Actividad Física adecuada, siendo activo el 58.1%, muy activo el 21.5%, sin diferencia significativa por género. La Intervención deberá estimular a la población a mantener estos niveles de actividad física haciéndola conciente de los beneficios para su salud.

Dichos afiliados, dicen realizar actividad física en los niveles activo y muy activo (nivel adecuado), a pesar de que su actitud hacia ésta se encuentra en niveles contemplativo y precontemplativo, lo que sugiere que no son concientes de la importancia de la Actividad Física que realizan y los beneficios para su salud.

La intervención deberá favorecer el cambio de actitud hacia la actividad física, donde el nivel de conciencia sobre el riesgo y la

vulnerabilidad individual frente a las enfermedades crónicas no trasmisibles y los beneficios de la AF para la salud, sean el centro de la movilización.

Un porcentaje mayor de hombres (60.4%) que de mujeres (39.6%) se encuentran en el nivel de actitud "activo" hacia la actividad física, mientras que un porcentaje mayor de mujeres (63.7%) que de hombres (36.3%) se encuentra en el nivel "contemplativo"

La intervención en las mujeres afiliadas al régimen contributivo hará mayor énfasis en la movilización de la actitud y la superación de las barreras físicas y culturales hacia la práctica de la actividad física.

Los modelos de intervención tendientes a generar cambios de actitud e incrementar la práctica de la actividad física para la salud no requieren adecuaciones para subgrupos étnicos específicos.

El 80% de la población refirió realizar AF en forma adecuada a pesar de las barreras ambientales que identifican como intersecciones viales, pocos carriles o vías para caminar, pocos espacios públicos como parques, carriles para bicicletas y piscinas públicas. Esto podría deberse al hecho de que lo hacen por razones laborales o económicas, y por las características de la ciudad.

La falta de tiempo, la falta de autodisciplina y la necesidad de descanso pasivo, fueron las barreras culturales más importantes

que adujo la población encuestada, siendo significativas para la actitud más no para la práctica de la actividad física.

Otras barreras culturales como la falta de compañía, de diversión, el desánimo, la falta de equipo (dotación), falta de habilidad y conocimiento, así como las quejas y dolores, lesiones e incapacidades, tuvieron relación de dependencia significativa ($p < 0.05$) en todos los niveles de actitud frente a la actividad física en los afiliados al régimen contributivo.

La intervención debe procurar sensibilizar a las personas sobre la importancia del por qué y para qué tener un nivel adecuado y conciente de actividad física como fundamento de su salud; sobre todo desde la perspectiva de que lo puede hacer dentro de sus actividades cotidianas, o sea que la falta de tiempo no puede ser una excusa para no ser activo y sólo se requiere la voluntad y disciplina para modificar los hábitos cotidianos que los llevan a ser sedentarios.

En igual sentido, los procesos de capacitación, sensibilización o educación a población trabajadora, deben considerar además las condiciones laborales (jornadas largas de 10-12 horas) y modificar el paradigma del descanso pasivo por el activo (cambiar de actividad), de manera que asuman hábitos saludables.

Referencias bibliográficas

- 1) II Estudio Nacional de Factores de riesgo de Enfermedades crónicas. Ministerio de Salud. Módulo 1, 1999. p50-51.
- 2) Martínez JW, Mejía G Clemencia, Ospina O Johnny. Conocimiento y nivel de Actividad Física desarrollada en la población Risaraldense. Septiembre, 2002.
- 3) II Estudio Nacional de Factores de riesgo de Enfermedades crónicas. Ministerio de Salud. Módulo 3, 1999. p41-45.
- 4) Manual "Esto es Agita Sao Paulo". 2002. Celafics y Secretaria de Salud de Sao Paulo. 2002.
- 5) Gámez R, Vanegas A, Baron HY, Pinto AM, Rodríguez AT. Conocimiento, percepción y nivel de Actividad Física de los ciudadanos de Santa Fé de Bogotá, 1999. *Rev Bras Cien. e Mov*, 2000; 8(4): 51-71.
- 6) Haskell, W. Physical activity and the diseases of technologically advanced society. In: The American Academy of Physical Education Papers: Physical Activity in Early and Modern Populations 21, pp: 73-87, 1988.
- 7) Murphy M., Hardman A. Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. *Med Sci Sports Exerc* 1998, 30(1): 152-57.
- 8) Farrel SW, Kampert JB, Kohl III HW, Barlow CE, Macera CA, Paffenbarger Jr RS, Gibbons LW, Blair SN. Influences of cardiorespiratory fitness levels and other predictors on cardiovascular disease mortality in men. *Med Sci Sports Exerc*, 1998; 30(6): 889-905.
- 9) Kohl H. What is magnitude of risk for cardiovascular disease associated with sedentary living habits? In Physical Activity and cardiovascular health-A National Consensus. Arthur Leon, editor. Champaign: Human Kinetics; 1997: 26-33.
- 10) Thompson P, et al. The acute versus the chronic response to exercise. *Med Sci Sports Exerc*, 2001;33:S438-445.
- 11) Blair S, Cheng Y, Holder S. Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? *Med Sci Sports Exerc*, 2001;33:S379-399.
- 12) Lee Min, Skerrett Patrick. Physical activity and all cause mortality: what is the dose response relation? *Med Sci Sports Exerc*, 2001;33:S459-471.
- 13) Kelly David, Goodpaster Bret. Effects of exercise on glucose homeostasis in Type 2 Diabetes mellitus. *Med Sci Sports Exerc*, 2001;33:S495-501.
- 14) Leon Arthur, Sanchez Otto. Response of blood lipids to exercise training alone or combines with dietary intervention. *Med Sci Sports Exerc*, 2001;33:S502-515
- 15) Thune Inger, Furberg Anne-Sofie. Physical activity and cancer risk does-response and cancer, all sites and site specific. *Med Sci Sports Exerc*, 2001;33:S530-550
- 16) U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Physical Activity Fundamental to Preventing Disease. En www.cdc.gov. June 20, 2002.
- 17) U.S. Department of Health and Human Services. A report of the Surgeon General. Physical Activity and Health, 1996.
- 18) Gunn SM Brooks, AG Withers RT, Gore CJ, Owen N Booth, ML Bauman A. Determining energy expenditure during some household and garden task. *Med Sci Sports Exerc*, 2002; 34 (2): 895-902.